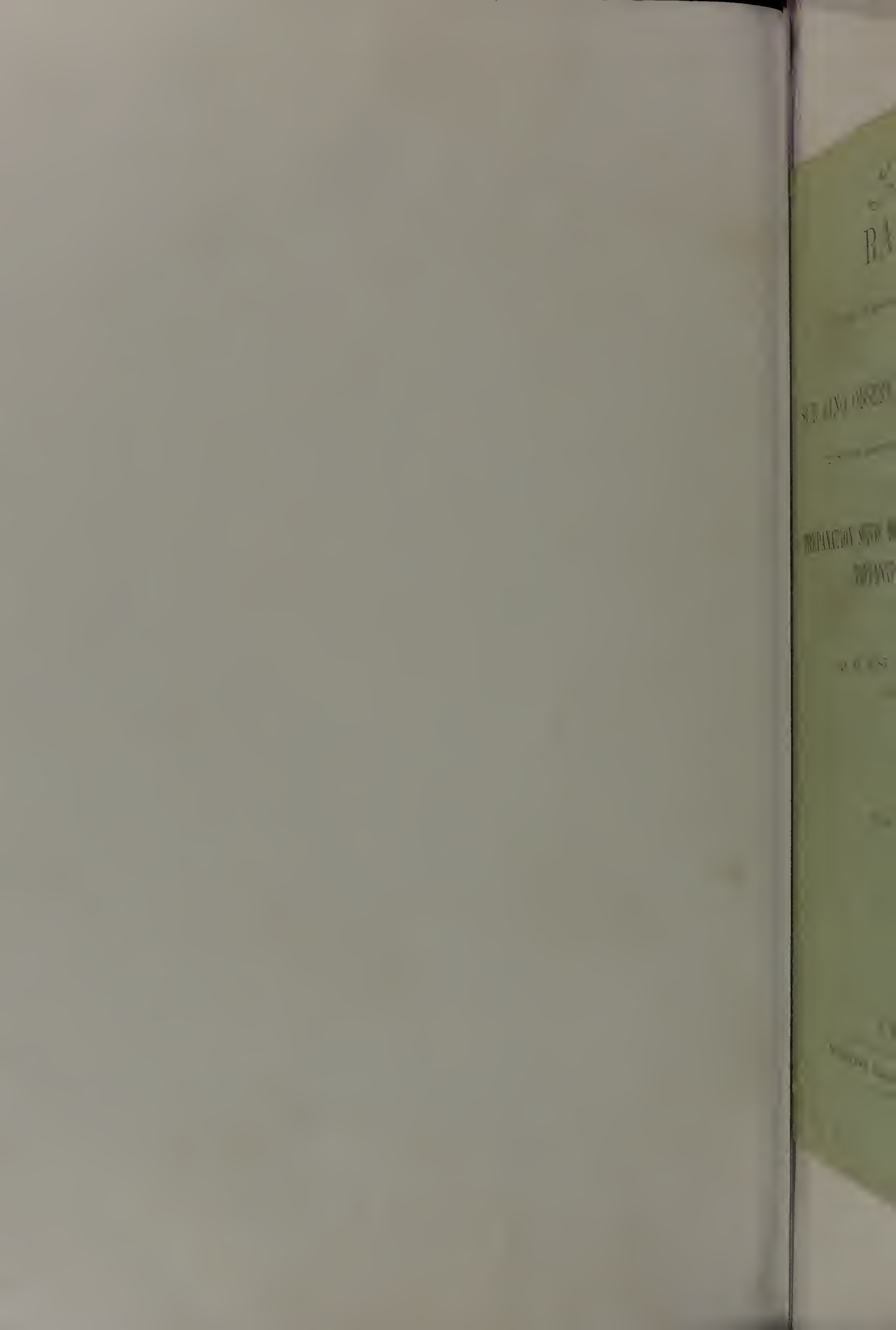




RAPPORT

1° Sur un mémoire de M. LINON, médecin-major

intitulé

SUR CINQ OBSERVATIONS DE PLAIE DE TÊTE

2° Sur une observation de M. BÉLIME, médecin-major

intitulée

TRÉPANATION SUIVIE DE SUCCÈS, LOCALISATION CÉRÉBRALE
TRÉPANATION CHEZ LES KABYLES

par

le Dr JUST LUCAS-CHAMPIONNIÈRE
Chirurgien à l'hôpital Tenon.

Extrait de la *Société de Chirurgie.*

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
Boulevard Saint-Germain et rue de l'Éperon
EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1885

RAPPORT

1° Sur un mémoire de M. LINON, médecin-major

intitulé

SUR CINQ OBSERVATIONS DE PLAIE DE TÊTE

2° Sur une observation de M. BÉLIME, médecin-major

intitulée

TRÉPANATION SUIVIE DE SUCCÈS, LOCALISATION CÉRÉBRALE TRÉPANATION CHEZ LES KABYLES

Par le Dr JUST LUCAS-CHAMPIONNIÈRE
Chirurgien de l'hôpital Tenon.

Les contributions à l'étude de la trépanation ne sont pas très communes, et cependant la proscription qui frappait encore il y a quelques années ce genre d'opération faiblit en présence des preuves de plus en plus nombreuses de son innocuité. Au congrès français de chirurgie, d'intéressantes communications sont venues appuyer la doctrine que j'ai développée devant vous, il y a dix ans bientôt, alors que je soutenais que les notions encore toutes neuves de localisation cérébrale devaient jouer un rôle très important dans la détermination du chirurgien pour certains cas.

Permettez-moi de vous rappeler que mes communications sur la trépanation ont eu ici un sort assez remarquable. L'observation de succès que je rapportais (1875) est ma première communication, à la Société de chirurgie, sur la chirurgie antiseptique ; et, dans son rapport très bienveillant sur cette trépanation, M. Duplay disait nettement que j'avais singulièrement exagéré l'importance du pansement antiseptique pour l'innocuité de la trépanation et d'autres opérations chirurgicales.

Les temps sont bien changés. La minorité qui soutiendrait une pareille opinion est aujourd'hui considérée comme quantité négligeable; on ne discute plus sur l'évidence d'une vérité acquise pour tout le monde.

Cela semble si naturel aujourd'hui, qu'il y a des gens tout dis-

posés à oublier la part que j'ai prise à ce mouvement, part représentée par bien des années de discussion et d'expérience.

J'avais commencé le bon combat pour la chirurgie antiseptique pendant mon internat et je l'ai continué longtemps devant vous avant d'avoir gain de cause. Comment ne serait-on disposé à m'oublier un peu, puisque, suivant une loi de l'évolution des sciences, si spirituellement exposée par Chassaignac, un certain nombre s'évertue, même vigoureusement, à dépouiller Lister, dont je n'ai été que le disciple.

Quoi qu'il en soit, je ne souhaite qu'une chose, c'est que la vérité éclate pour la trépanation comme pour la chirurgie antiseptique, et j'ai d'autant plus de confiance dans cet avenir, que je ne puis oublier que les idées sur ce sujet ont été défendues par Sédillot, qui nous a enrichis de tant d'idées audacieuses, qui n'étaient que l'expression d'une perception nette et droite des forces de la chirurgie.

Deux mémoires en faveur de la trépanation nous ont été adressés, tous deux venant de chirurgiens militaires. Tous deux nous ont été envoyés par notre collègue M. Vedrènes. Une des lettres d'envoi de M. Vedrènes mérite une attention spéciale comme tout ce qui sort de la plume d'un des plus laborieux et des plus érudits de nos collègues de l'armée. M. Vedrènes y rapporte qu'étant l'année dernière (1884) en tournée d'inspection à Biskra, il eut l'occasion d'observer des faits de trépanation qui ont été signalés depuis longtemps chez les montagnards de l'Aurès. Voici les termes de sa lettre :

« L'opération du trépan, très en faveur dans l'antiquité, hautement patronnée au siècle dernier par l'Académie de chirurgie, tombée en discrédit après les guerres du premier Empire, reprise avec timidité depuis les guerres de la Sécession et franco-allemande, est d'une pratique pour ainsi dire banale parmi les tribus indigènes de l'Aurès, dans la province de Constantine.

« Il m'a été possible de voir, l'an dernier, à Biskra, quelques opérés anciens, très bien portants, et de me procurer par les soins de M. le docteur Méjasson, médecin en chef à Kremchela, poste situé près du massif de l'Aurès, une collection de pièces osseuses enlevées au crâne à l'aide d'une tarière ou d'une petite scie droite, les indigènes ne disposant pas de trépan à couronne.

« Je possède également un spécimen des instruments dont les médecins kabyles se servent pour procéder à ces opérations.

« Pièces pathologiques et instruments seront ultérieurement présentés à la Société de chirurgie, qui pourra se convaincre qu'avec des instruments très primitifs ou plutôt des outils grossiers, les Thoubibs kabyles conduisent avec sécurité et pratiquent

communément une opération à laquelle la chirurgie contemporaine, si éclairée et si hardie, est plus hostile que favorable. »

J'avais causé de ces faits avec M. Vedrènes avant son voyage, en lui signalant, d'une part, l'analyse que j'avais faite, dans mon ouvrage sur la trépanation [1], des excellents mémoires d'Amédée Paris et Th. Martin, et, d'autre part, quelques faits que j'ai relevés dans un court voyage que j'ai fait à Biskra au commencement de 1881.

J'étais à Sidi-Ocba, situé comme on le sait au sud-est de Biskra, et je déjeunais chez le cheik de l'endroit, jeune homme de la famille de Ben Gana, très intelligent et parlant fort bien le français. Je lui demandai s'il connaissait quelque fait relatif à la trépanation. Il me répondit d'abord qu'il ne connaissait pas bien cela, mais, qu'en effet, il en avait entendu parler. Chez les Arabes vrais, dits Arabes de grande tente, la trépanation n'est pas en honneur comme chez les Kabyles. Il fit venir un Thoubib kabyle, qui commença par nous montrer son crâne. Il avait été lui-même trépané trois ou quatre fois par son propre père, et il portait une dépression profonde dans la région où il avait été trépané. Son père, trépané lui-même plusieurs fois, était le chef d'une famille de Thoubibs ; ses quatre fils, comme lui revêtus d'un certain caractère de sainteté, pratiquaient la trépanation dans les pays environnants appartenant aux montagnes de l'Aurès. D'après son récit, on trépanait dans des traumatismes de la tête et aussi dans différentes maladies. Ce qui paraissait le guider le plus dans l'application de la trépanation, c'était l'existence de douleurs vives dans la tête. Il nous parla d'un malade trépané douze fois. Mais les occasions de trépaner étaient tellement fréquentes, qu'il nous offrait, si nous voulions rester deux jours de plus à Biskra, de trouver quelqu'un à trépaner devant nous ; malheureusement nous ne pouvions accepter son offre.

D'après sa description, il devait trépaner en se servant à la fois d'une scie très étroite et d'un poinçon. Le trépan est inconnu de tous ces opérateurs. En revanche, ils prétendent que l'opération ne présente aucune gravité en elle-même.

Ce Thoubib avait, comme le Kabyle, la main étroite, souple, vraiment élégante ; on devinait chez lui, comme chez beaucoup de ses congénères, une grande dextérité manuelle.

Nous espérons que la communication annoncée par M. Vedrènes ajoutera à ces faits intéressants. On nous pardonnera cette di-

[1] *Étude historique et clinique sur la trépanation du crâne.* — La trépanation guidée par les localisations cérébrales, par le Dr L.-Championnière, 150 pages, 1878. Prix Amussat à l'Académie.

gression, qui a quelque importance dans le sujet, puisqu'on redoute à l'excès une opération pratiquée d'une façon banale, avec de pauvres moyens, par des gens que nous qualifions volontiers de sauvages et qui ont su conserver une tradition que nous avons perdue.

Notre rôle d'hommes civilisés doit consister à l'appliquer en nous basant sur des connaissances sérieuses, et c'est pour cela que je me suis attaché autrefois à déterminer le rôle que la notion précise des localisations cérébrales peut jouer dans l'application du trépan. C'est un fait bien remarquable que, jusqu'à cette période récente, la trépanation ait continué d'être faite un peu à l'aveugle. On n'était dirigé dans l'intervention que par des notions différant médiocrement de celles accessibles aux sauvages, et la connaissance des localisations cérébrales nous paraît introduire un élément précis et scientifique dans nos jugements.

Cette notion, du reste, ne m'a pas détourné d'étudier les phénomènes qui militent en faveur d'une application plus commune.

Des deux mémoires en faveur du trépan qui nous sont adressés, le premier en date est celui de M. le Dr Linon, médecin-major de première classe, fondé sur cinq observations de plaies de tête chez des indigènes algériens, étudiées avec beaucoup de soin : dessins remarquables, photographies, courbes thermométriques, rien n'y manque.

Il serait à souhaiter que l'auteur publiât *in extenso* ce mémoire, que ses nombreux détails ne nous permettront pas d'introduire dans nos bulletins.

Le premier cas est celui d'un indigène présentant une fracture du crâne de la région fronto-pariétale droite avec monoplégie du bras gauche, avec conservation de la sensibilité. M. Linon voit le malade le sixième jour et le trépane le dixième, après avoir constaté la présence d'un enfoncement au niveau de la région des centres. Deux couronnes de trépan permettent l'extraction des esquilles, au nombre de cinq.

L'opération détermine un soulagement marqué, mais les accidents de méningo-encéphalite continuent, et le malade meurt le vingt-septième jour après l'opération, avec une hémiplégie gauche complète et un abcès cérébral très large dans la région des centres, surtout au niveau du pied de la deuxième frontale.

La deuxième observation, très complexe, a trait à un enfoncement du pariétal droit avec hémiplégie du côté gauche et méningo-encéphalite, fractures de la base du crâne et mort au huitième jour sans intervention ; l'intérêt en est médiocre.

La troisième observation est celle d'une plaie par coup de feu. Chevrotine ayant traversé la paroi cranienne et tout l'hémisphère

transversalement. Mort le troisième jour avec symptômes très complexes. Cette observation est curieuse à cause du peu d'importance de la lésion cutanée et des désordres énormes du côté de l'encéphale.

La quatrième observation est celle d'une enfant de 4 ans qui, après avoir reçu des coups de bâton, a présenté une hernie du cerveau, puis de la méningo-encéphalite. Elle avait une fracture et des lésions par contre-coup du cerveau ; mort au seizième jour. Le trépan, là encore, ne pouvait rien.

Enfin, la cinquième observation est intitulée : *Fracture du crâne par coup de pioche*, avec hernie de la substance cérébrale. Perte de la parole immédiate, hémiplégie retardée, abcès gangreneux du cerveau. Résection au troisième jour d'une vaste surface de paroi cranienne en partie fracturée, drainage du cerveau et de la plaie osseuse. Guérison. Disparition de la paralysie. Aphasie améliorée.

Le 4 septembre 1883, un indigène, étant couché, avait reçu un coup de pioche si violent sur la tête, qu'il avait fallu beaucoup de force pour retirer la pioche. Cet homme a eu au début de l'aphasie immédiate et de la parésie du bras droit. Le dixième jour, lors de l'entrée à l'hôpital, on lui trouve en outre un peu de paralysie faciale à droite.

Le quatorzième jour de la blessure, l'hémiplégie étant devenue à peu près complète, les symptômes s'étant aggravés, M. Linon le fait endormir, puis il constate qu'une lame considérable du crâne presque détachée est enfoncée, répondant beaucoup plus à la région des centres que la plaie cutanée elle-même. Cette lame osseuse tient pourtant d'un côté. Après un large débridement, elle est soulevée et détachée. Les bords de ce fragment détaché mesurent 38, 45, 53, 60 millimètres.

Au-dessous, une excavation cérébrale contient du pus, cet abcès est drainé. Plusieurs esquilles, dont l'une volumineuse plongeant dans la substance cérébrale, sont enlevées.

Réunion incomplète des lèvres de la plaie.

Le quatrième jour, le blessé commence à remuer son bras droit.

Le cinquième jour, pansement renouvelé. Il y a de l'œdème. La suppuration s'établit.

Le dix-huitième jour, le blessé commence à parler. Un mois et demi après, il quitte l'hôpital en bon état.

De ces observations, M. Linon conclut : que le trépan est une opération de peu de gravité avec les pansements antiseptiques ;

Que la guérison est possible, même avec de graves lésions de la convexité des lobes cérébraux ;

Que la hernie cérébrale est peu à redouter, même avec pertes de substance de la voûte cranienne.

Ces conclusions, excellentes en elles-mêmes, ne me paraissent pas découler des observations précitées. Trois des observations sont hors de cause, les deuxième, troisième et quatrième : les désordres considérables empêchaient tout succès d'intervention. Pour la première, peut-être eût-on réussi si l'intervention avait été immédiate, et, dans la dernière, l'intervention eût peut-être pu être plus rapide; l'aphasie, la paralysie observée, avec un foyer d'enfoncement connu dans la région des centres, indiquaient selon nous cette intervention.

Si dans un cas de paralysie éphémère, sans lésion cranienne visible, l'intervention peut être retardée, je crois qu'il ne pourrait en être de même dans les cas où le siège de la lésion est marqué à la fois par les symptômes cérébraux et les symptômes locaux.

La méthode antiseptique ne paraît pas non plus avoir été suivie très rigoureusement, car la suppuration a été fort abondante. Peut-être était-elle très difficile à appliquer chez des malades qui n'ont pas été vus au début.

L'observation du Dr Belime — trépanation faite à Bougie en septembre 1883 — est plus intéressante pour l'histoire des localisations cérébrales, aussi je l'insère pour mémoire ; ces observations bien faites sont peu communes.

Toutefois, je fais remarquer en passant qu'il s'agit d'accidents secondaires, ce qui donne toujours lieu à des déterminations moins précises que les accidents primitifs.

Plaie contuse du cuir chevelu, compliquée de fracture avec enfoncement du crâne (pariétal gauche); chute d'un lieu élevé. — Phénomènes de compression cérébrale huit jours après l'accident. — Trépanation. — Extraction des fragments osseux comprimant le cerveau. — Guérison.

Le nommé J. B..., âgé de 23 ans, a quitté la maison paternelle pour mener une vie d'aventures, d'ivrognerie et de vagabondage; depuis deux ans qu'il se livre à cette vie déréglée, il a fait plusieurs entrées à l'hôpital civil de Bougie, soit pour des traumatismes survenus alors qu'il était en état d'ébriété, soit pour des accidents syphilitiques. Dans la soirée du dimanche 9 septembre 1883, X..., complètement ivre, se dirige vers les rochers sur lesquels est bâtie la casbah, pour gagner une excavation de rocher qui lui sert de chambre à coucher, et tombe la tête la première, d'une hauteur de plusieurs mètres, sur des rochers sous-jacents.

Perte immédiate de connaissance, accompagnée d'hémorrhagie notable. Après un temps difficile à apprécier exactement, le blessé reprend légèrement connaissance; couché sur le ventre, il cherche

à plusieurs reprises à se relever; mais c'est en vain. Vers cinq heures et demie du matin, il est aperçu par un jardinier; bientôt deux gendarmes viennent près de lui, et, vers sept heures environ, X..., aidé de deux Arabes qui le soutiennent, se rend à l'hôpital civil. Dès que la connaissance est revenue en partie au blessé, ce dernier a remarqué que la parole était difficile, en même temps qu'une sensation d'engourdissement occupait la jambe et le bras droits. Le blessé reconnaît à peine dans l'hôpital les personnes qui l'entourent.

Traitement. — Diète, tisane de réglisse; pansement composé d'une compresse imbibée d'eau légèrement phéniquée.

Dans l'après-midi du 10 septembre, X... reprend peu à peu ses sens et reconnaît tout le personnel de l'hôpital.

Dans la nuit du 10 au 11 septembre, le sommeil fait totalement défaut; d'ailleurs, le sommeil a fait constamment défaut chez le blessé en question jusqu'au lendemain de l'opération ; plus tard il dit qu'il ne pouvait plus dormir en raison d'une céphalalgie persistante.

12 *et* 13 *septembre.* Amélioration notable dans l'état général; le malade se lève un quart d'heure et va même aux cabinets, bien que la jambe et le bras droits soient toujours engourdis ; l'embarras de la parole n'a pas disparu non plus. Même traitement et même nourriture.

16 *septembre.* Le malade ne peut se lever aujourd'hui ; pour soulever la tête, il est obligé de poser la main sous l'occiput; la céphalalgie a notablement augmenté.

17 *septembre.* Même état; purgatif.

18 *septembre.* Douleurs de tête beaucoup plus vives; la parole a totalement disparu dans la nuit; l'hémiplégie droite est complète, tandis que la moitié latérale gauche de la face est paralysée; un vésicatoire est appliqué à la nuque.

19 *septembre.* Le malade a toujours conservé sa connaissance; aucune amélioration dans l'état signalé la veille. Vers une heure de l'après-midi, le malade est transporté chez ses parents, qui ne veulent pas le laisser mourir à l'hôpital. A quatre heures du soir, je vois le blessé, il est couché sur le dos; son regard est terne; les pupilles légèrement dilatées, sans que les mouvements de l'iris soient abolis. Paralysie faciale à gauche, hémiplégie à droite; aphasie totale; le malade entend assez bien les questions qui lui sont posées, mais ne peut absolument y répondre. État semi-comateux ; fièvre des plus modérées. A la région pariétale gauche existe une plaie contuse simple en arrière, bifurquée en avant, et dont la longueur maximum est de 9 centimètres. Cette plaie se dirige horizontalement d'arrière en avant; ses bords offrent un écartement maximum de 3 centimètres. Voici la situation exacte de la plaie : si on réunit par un fil passant sur le sinciput les deux conduits auditifs externes, ce fil passe à peu près au milieu de la solution de continuité qu'il coupe perpendiculairement. Le bord supérieur de la plaie est distant de 3 centimètres en-

viron de la ligne médiane qui joint la racine du nez à l'apophyse occipitale externe. De l'orifice du conduit auditif externe gauche au bord inférieur de la plaie la distance est de 12 centimètres. Si, maintenant, on tire une ligne horizontale joignant l'apophyse orbitaire externe gauche à l'orifice du conduit auditif externe du même côté, et si, en second lieu, on abaisse sur cette ligno horizontale une perpendiculaire partant de l'extrémité antérieure et inférieure de la plaie cette dernière ligne mesure 11 centimètres de longueur, et rejoint la première à 6 centimètres en arrière de l'apophyse orbitaire externe.

Je commence par bien nettoyer la plaie à l'aide d'un irrigateur et par raser tout le cuir chevelu environnant; je reconnais alors que la boîte cranienne est enfoncée au niveau de la plaie des parties molles; l'enfoncement, qui mesure près de 1 centimètre, était totalement masqué auparavant par une quantité considérable de détritus. L'enfoncement maximum correspond au bord inférieur de la plaie, tandis qu'au niveau du bord supérieur la fracture s'est faite sans enfoncement. Les fragments osseux sont dénudés ; leur mobilité est nulle; en raison de la disposition de la fracture, il est impossible d'exercer la moindre traction sur les fragments sans dilacérer les parties molles sous-jacentes (méninges et cerveau).

Ainsi : plaie contuse (région pariétale gauche), la fracture détermine la compression du cerveau (circonvolutions frontale et ascendante, pariétale ascendante, troisième circonvolution frontale) se manifestant par de l'aphasie, une paralysie faciale gauche et une hémiplégie à droite, épanchement sanguin ou purulent sous-jacent aux fragments. Le blessé est fatalement condamné à succomber avant peu ; la seule chance de guérison consiste dans une intervention chirurgicale qui fera cesser la compression supportée par le cerveau. Les fragments n'étant pas mobiles, c'est au trépan qu'il faudra recourir pour faire cesser la compression. L'opération proposée est acceptée par la famille, et, en raison de l'heure avancée, est remise au lendemain matin ; pansement phéniqué ; le blessé prendra un peu de lait.

20 *septembre* (matin). Je procède à la trépanation du crâne, avec l'aide de MM. Chevalier, médecin civil, et Bimler, aide-major de 1re classe. Le blessé n'est pas endormi ; je me propose tout d'abord de bien mettre à nu la fracture supérieure, et, dans ce but, je prolonge en avant et en arrière la plaie des parties molles ; en avant, je fais en outre une incision perpendiculaire à la première, afin de bien arriver aux limites de la fracture supérieure. Ce résultat obtenu, j'applique à l'extrémité postérieure de la plaie une couronne de trépan, immédiatement en arrière du V formé par la réunion des fracturos supérieure et inférieure.

La rondelle osseuse enlevée, je mets à nu la dure-mère, qui ne me paraît que congestionnée ; me servant alors d'un levier, je cherche à soulever les fragments osseux déprimés vers le cerveau ; mais je ne réussis à enlever qu'un faible fragment postérieur. C'est en vain que je cherche à ébranler ensuite les deux fragments les plus considérables. Je me décide alors à appliquer une deuxième couronne de tré-

pan au niveau de l'angle supérieur et antérieur de la fracture ; quand la couronne est arrivée au niveau du diploé, la lame externe se détache ; je continue la trépanation avec les plus grandes précautions, et je finis par mobiliser une deuxième rondelle osseuse formée par la lame interne. A ce moment, il s'écoule du sang en abondance; ce sang sort en bavant ; *il est noir et absolument liquide.*

Je parviens alors, mais en employant une certaine force, à mobiliser les fragments osseux, plus nombreux que je ne le croyais d'abord. Ces derniers retirés, *il s'écoule en abondance un sang liquide mais de couleur très foncée.* La dure-mère, mise à nu sur une surface notable, présente très nettement des battements isochrones aux pulsations artérielles ; cette membrane est très congestionnée mais ne présente aucune lésion appréciable à l'œil nu. La plaie est ensuite débarrassée des caillots sanguins et de tous les corps étrangers apparents. Cela fait, je procède au pansement, qui consiste en des boulettes de charpie imbibées d'une solution phéniquée au cinquantième ; un gâteau de charpie phéniquée est placé par-dessus et le tout est recouvert d'un tissu imperméable et d'une épaisse couche d'ouate. Les diverses pièces du pansement sont maintenues par un bandage légèrement serré. Pendant tout le temps nécessité par cette opération (45 minutes environ), X... n'a pas manifesté la moindre douleur, et ne s'est livré à aucun geste indiquant un état de souffrance; il est resté dans son état semi-comateux. Le blessé est ensuite couché, la tête assez élevée. Une bouteille d'eau de Sedlitz; bouillon et lait ; diète de vin et de café.

20 *septembre* (soir). Je trouve le malade un peu moins abattu, mais l'aphasie et l'hémiplégie persistent toujours; le malade a eu, me dit-on, dans l'après-midi, une crise de nerfs (probablement des convulsions); je prescris pour le soir une potion avec 4 grammes de bromure de potassium.

21 *septembre* (matin). Le malade a eu plusieurs selles, tant dans la journée d'hier que pendant la nuit; une crise convulsive est encore survenue ; cependant, l'état général semble amélioré; la peau est un peu chaude, mais le pouls est normal. La paralysie du membre inférieur droit a notablement diminué, tandis que celle du membre supérieur persiste; l'aphasie a diminué elle aussi; le blessé peut dire : *oui*, *non*, *maman;* son vocabulaire ne comporte que ces trois mots. Le pansement est enlevé apres avoir été arrosé d'eau phéniquée ; les bords de la plaie sont moins enflammés et moins tendus; les incisions que j'ai pratiquées se réunissent par première intention; la dure-mère fournit encore *une quantité assez notable d'un sang rouge sombre* comme *celui de la veille;* toutefois, cette membrane me paraît moins congestionnée. Les mouvements d'expansion du cerveau sont des plus nets. Le pansement est appliqué comme la veille. Les accidents de compression cérébrale semblent s'améliorer; j'espère que leur disparition pourra s'obtenir sans avoir recours à une incision des méninges. Bouillon et lait comme la veille; potion avec 4 grammes de bromure de potassium.

22 *septembre.* Malgré une crise convulsive, le malade a dormi une

partie de la nuit, *chose qui ne lui était pas arrivée depuis son accident;* ce matin, la paralysie du membre inférieur droit a totalement disparu ; quant au membre supérieur du même côté, la paralysie persiste encore, mais beaucoup moins accentuée. Le malade commence à parler; la langue, tirée hors de la bouche, est fort peu déviée. Le pansement enlevé, je découvre une plaie d'un fort bel aspect; la dure-mère paraît devoir se couvrir bientôt de bourgeons charnus. Eau de Sedlitz.

23 *septembre*. Nuit excellente; pas d'attaque convulsive; les phénomènes de paralysie diminuent progressivement. La plaie a un aspect superbe. Même pansement. Comme nourriture, bouillon et lait.

24 *septembre*. État aussi satisfaisant que possible ; pas de fièvre ; la dure-mère continue à se couvrir de bourgeons charnus.

25 *septembre*. Nuit très bonne avec sommeil réparateur; ce matin, pas de fièvre ; la paralysie a disparu totalement ; il ne reste plus qu'une certaine gaucherie dans les mouvements des parties paralysées auparavant. La plaie se rétrécit peu à peu ; la quantité de pus est minime. Comme le malade a été pris de transpiration abondante dans l'après-midi du jour précédent et que l'intoxication tellurique ne fait pas défaut, je prescris une potion avec $0^{gr},50$ de sulfate de quinine. Même pansement; comme nourriture, potage, œuf à la coque, pruneaux et lait.

Dans l'après-midi, je fais lever X..., qui va lui-même, en chancelant toutefois, vers un fauteuil dans lequel il s'assied pendant que son lit est refait, puis retourne se coucher et s'installe lui-même en manifestant un vif contentement.

28 *septembre*. Le malade s'est levé pendant une demi-heure dans l'après-midi d'hier et a transpiré légèrement ; la nuit a été très bonne, et ce matin X... se trouve un peu mieux. La plaie a toujours un aspect magnifique. Pansement *ut supra*. Prescriptions : 2 grammes de rhubarbe ce matin ; dans l'après-midi, 5 décigrammes de sulfate de quinine.

30 *septembre* (matin). En faisant le pansement, je retire une petite esquille provenant d'une nécrose limitée des bords osseux fracturés ; le malade va très bien, d'ailleurs. Suppression de la quinine; alimentation progressive.

2 *octobre*. Quelques esquilles, fort petites d'ailleurs, se présentent au milieu des bourgeons charnus; je les extrais sans peine. Le malade pourra se lever deux heures dans l'après-midi.

8 *octobre*. La cicatrisation se fait progressivement et d'une manière absolument régulière; tous les jours X... se lève dans l'après-midi ; aujourd'hui il me raconte d'une façon très nette les divers incidents qui se sont produits depuis le soir de son accident jusqu'au moment où je l'ai vu pour la première fois (19 septembre, dans l'après-midi).

15 *octobre*. Quelques petites esquilles ont encore été éliminées ces jours derniers; ce sont des fragments osseux sans importance. Le blessé va à merveille, se lève et se promène une partie de la journée.

1er *novembre*. La plaie est presque linéaire ; la cicatrisation totale

n'est plus que l'affaire de quelques jours. A la fin de novembre, X... est totalement guéri ; il a repris ses occupations dans sa famille et se porte à merveille. De son terrible accident, il ne lui reste plus qu'une cicatrice étendue, avec dépression considérable de la région pariétale gauche.

Aujourd'hui, 13 février 1885, X... est toujours bien guéri ; il n'éprouve aucun trouble nerveux ; la cicatrice est indolore et n'a, d'ailleurs, jamais donné lieu à la sortie d'esquilles. Fatigué d'une existence tranquille, X... a repris ses habitudes de vagabondage et de misères de toutes sortes.

On voit que le chirurgien n'est intervenu qu'après des accidents secondaires. Malgré des accidents primitifs, ce sont les phénomènes inflammatoires qui ont amené l'intervention. Selon nous, comme pour les observations de M. Linon, les indications suivies avec un esprit plus dégagé des affirmations des auteurs auraient pu amener plus vite ces conclusions.

On doit féliciter nos confrères de leur succès, mais il faut en même temps, pour l'avenir, poser des indications qui augmentent la hardiesse des opérateurs. Selon moi, les localisations cérébrales peuvent servir non seulement à diriger, mais à hâter cette intervention.

Depuis que j'ai écrit mon mémoire sur les localisations cérébrales, peu de changements dans les doctrines sont survenus, au moins peu de changements intéressant le chirurgien. On a un peu étendu et fixé le domaine des troubles sensoriels, mais la région des centres moteurs est la même, et comme les procédés que j'ai indiqués permettent, sans nuire au succès, un écart assez considérable, ils restent excellents pour la recherche des centres. Je n'y reviens pas ; je renvoie pour tous détails à mon livre. Dans les observations précédentes, ils n'étaient pas seuls à fournir des renseignements, mais ils pouvaient, en somme, encourager et diriger un peu l'intervention.

Quand une paralysie existe seule sans lésion apparente, on peut espérer, pour des cas très légers, qu'elle sera tout éphémère et que l'intervention peut être retardée. En tout cas, ce retard ne doit être que de fort courte durée.

Mais si des lésions osseuses manifestes s'ajoutent à des localisations cérébrales qui nous enseignent le siège exact de la lésion et de l'intervention à venir, pourquoi attendre ?

Non seulement il ne faut pas attendre dans les cas où la lésion s'offre à vous, mais, dans les cas de traumatisme cérébral, toute paralysie, même médiocrement étendue, nous dit qu'il faut se hâter.

L'étude des paralysies localisées nous enseigne, en effet, que non seulement il faut sauver le blessé des dangers actuels, mais qu'il faut, par une intervention rapide, prévenir les accidents futurs.

En faisant le dépouillement des 13,000 observations de plaies de tête contenues dans le remarquable compte rendu officiel pour la chirurgie de la guerre de Sécession, j'ai cherché à utiliser une série de documents que l'on n'avait pas utilisés pour cela.

A bon nombre des observations sont annexées de courtes notes sur l'état ultérieur du blessé, selon qu il demande une pension ou une indemnité pour ses blessures. Or, il ressort incontestablement de la lecture de ces observations, qu'après bon nombre des trépanations retardées chez les individus qui avaient présenté des localisations paralytiques guéries un instant, il se produit des phénomènes d'une dégénération secondaire ; des paralysies guéries reviennent plus tard avec atrophie, et même surviennent des paralysies plus étendues que celles qui avaient existé. C'est un fait facile à prévoir avec ce que l'on sait de la pathologie cérébrale. Il en ressort évidemment que, plus tôt l'on suspendra la compression ou l'irritation directe du cerveau, plus complète sera la guérison.

C'est une notion importante à ajouter à celles mises en avant par Sédillot et plus récemment par le Dr Jules Bœckel en faveur du trépan préventif. Notre collègue M. Jules Bœckel a fait, au dernier congrès de chirurgie, une communication très intéressante sur ce sujet. Ses opérations sont nombreuses. Il a fait neuf fois le trépan préventif avec neuf succès, et ses trépanations secondaires, au nombre de cinq, n'ont donné que deux guérisons.

Son argument principal en faveur du trépan préventif, c'est son innocuité comparée à la gravité extrême des enfoncements non traités ou traités secondairement. J'accepte absolument ces termes, et, pour ma part, en présence d'un enfoncement bien net, bien avéré, même sans accidents actuels, je suis prêt à intervenir. Que l'on considère cette bizarrerie paradoxale : avec les doctrines actuelles, il vaut beaucoup mieux recevoir une blessure grave, un enfoncement du crâne avec symptômes violents et immédiats, que d'être atteint d'un enfoncement du crâne médiocre avec symptômes peu marqués.

En effet, dans le premier cas, si on rencontre un médecin attentif et résolu, il n'a aucune hésitation, et, coûte que coûte, il délivre le cerveau, comme dans l'observation suivante qui m'a été communiquée par mon excellent ami le Dr Larmande, observation très typique et suivie de résultats très remarquables.

Fracture du pariétal droit par enfoncement. — Convulsions, spasmes tétaniques.

Le 2 septembre 1877, je suis appelé à R... (Ardennes), près de H..., garçon de 10 ans, qui a reçu un coup de pied de cheval à la tête, et est immédiatement tombé sans connaissance. L'accident était arrivé depuis une heure environ quand j'ai vu le blessé. Sous mes yeux, il est pris de convulsions : strabisme, vomissements; les convulsions alternent avec une raideur tétanique du tronc et des membres. La région pariétale droite, à la partie moyenne, est le siège d'une plaie par laquelle je constate avec le doigt l'enfoncement des os. Avec une spatule, je cherche à redresser les fragments sans y parvenir. Je prends le parti de trépaner l'os. Mais je n'ai pas de trépan, et je vais chercher un levier de dentiste et un davier. Je parviens avec le levier à briser un fragment, et, à l'aide du davier, j'agrandis l'ouverture en fracturant le pariétal. J'enlève soigneusement les fragments fracturés soit par le coup de pied, soit par le davier, et, en introduisant le doigt, j'arrive sur la dure-mère déchirée et sur la substance corticale, où je trouve trois ou quatre fragments de la table interne implantés dans la substance cérébrale. J'enlève le tout soigneusement.

Les convulsions cessent immédiatement. L'enfant reste dans un demi-coma. Suture de la plaie, pansement avec l'ouate et l'alcool. Le soir, tout accident a cessé.

Le lendemain, l'enfant était levé et jouait. Cinq jours après, j'enlève les sutures, la guérison était complète.

J'ai revu l'enfant six mois après, il ne s'est jamais ressenti de l'accident.

Rien ne peut être plus satisfaisant que le résultat d'une détermination rapide et hardie qui mérite d'être imitée.

Mais, justement, la situation est loin d'être habituellement aussi nette. Si les accidents du début sont médiocres, on attend plus ou moins, et, dans l'immense majorité des cas, les résultats sont détestables, et si on intervient, c'est dans de très mauvaises conditions.

Ce serait bien le moins pourtant que l'on arrivât par une chirurgie bien raisonnée à ce résultat, de donner aux gens médiocrement blessés des chances de guérison aussi ou plus nombreuses qu'à ceux qui avaient été primitivement très atteints.

Pour les observations citées par nos confrères de l'armée, même pour celles suivies de succès, on voit qu'il y a eu toujours un certain retard dans l'intervention, soit que l'outillage et les dispositions générales ne fussent pas très encourageants, soit plutôt que nos confrères aient obéi aux doctrines générales qui règnent encore.

Pour agir vigoureusement et sans retard dans les cas où la situation est moins nette, il faut s'appuyer sur une doctrine solide.

Or, la trépanation a été tellement combattue et tellement négligée, que nous n'avons presque pas d'expérience à opposer aux statistiques fantaisistes et aux argumentations timorées. On peut considérer comme une fortune rare de réunir, comme M. Jules Bœckel, 9 cas de trépanation primitive, ayant donné, du reste, 9 succès.

Dans le courant habituel d'un grand service de chirurgie, comme le mien à l'hôpital Tenon, j'ai eu, en quatre ans et demi, l'occasion de trépaner deux fois, et, les deux fois, des malades venus trop tard, des agonisants.

Dans l'un des cas, l'autopsie faite avec soin et l'opération nous ont montré que si le blessé avait été opéré le premier jour, au lieu d'être opéré le douzième, sa guérison était assurée. Enfoncement net de la région des centres ayant déterminé une méningo-encéphalite latérale intense.

Dans le second cas, j'ai encore trépané pour des accidents secondaires chez un malade venu huit jours trop tard dans mon service.

La doctrine, il faut donc l'asseoir à la fois sur l'expérience du passé, sur des observations personnelles rares, et surtout en appliquant au trépan les notions que nous appliquons partout pour la chirurgie moderne.

La véritable objection à faire au trépan était sa gravité ; il a pu être un instant plus grave que la plaie de tête elle-même. Aujourd'hui il n'y a aucune raison pour qu'il soit plus grave de trépaner que de faire des ostéotomies, des résections de cal, et tant d'opérations sur les os pour lesquelles nous n'hésitons pas un instant. Les méninges ne sont pas sensiblement plus irritables que le péritoine ou les synoviales.

Et j'insiste sur le trépan immédiat : c'est le cas où jamais de dire qu'il vaut mieux prévenir que guérir. Trépaner pour ouvrir un foyer cérébral, même dans le cas où des symptômes corticaux nous indiqueraient nettement son siège, ne sera jamais qu'un fait heureux mais exceptionnel. Mais prévenir des accidents mortels ou l'infirmité secondaire incurable à l'aide d'une trépanation est une œuvre à laquelle tout chirurgien doit être préparé chaque jour, en se bornant à suivre l'exemple des sauvages.

Mais pour agir en pleine sécurité, au point de risquer une opération qui n'eût pas été indispensable, il ne faut pas se contenter de procédés de pansements médiocres, ou nous retomberons dans l'ancienne proscription du trépan ; c'est le seul reproche un peu sérieux que j'aie à faire aux observations soumises à votre jugement. L'antisepsie y a été très imparfaite, les deux opérés qui ont guéri ont abondamment suppuré, et on les considère volontiers comme des applications de chirurgie antiseptique.

Pour l'ouverture du crâne comme pour l'ouverture de l'abdomen, des articulations des séreuses, il faut se mettre résolument à l'abri de toutes les suppurations, et ce n'est pas l'éclectisme dans des pansements qui y conduit ; il faut être strict observateur des doctrines de Lister.

Aux documents qui précèdent et pour en affirmer l'importance, qu'on me permette de joindre une observation personnelle, parce qu'elle démontre l'excellence de la pratique de la trépanation et de l'intervention rapide.

Je vous présente un infirmier de l'hôpital Tenon que j'ai trépané il y a près de onze ans, et présenté ici en janvier 1875. Il a été trépané largement cinq jours après la blessure, ce qui est encore rapide. Aujourd'hui je le trépanerais quatre jours plus tôt. Il a bénéficié de cette trépanation large et rapide, car, après avoir présenté les accidents les plus graves : aphasie, monoplégie brachiale droite, convulsions généralisées, il a guéri sans conserver aucun reliquat de son mal ; il n'a ni atrophie secondaire, ni accident épileptiforme.

Vous pouvez constater sur lui ce fait que M. Belime constate chez son opéré déjà au bout de fort peu de temps. La plaie très considérable de deux couronnes de trépan, plus une large esquille, s'est rétrécie ; les battements du cerveau, perceptibles au début, ont vite disparu, et la perte de substance est comblée par une membrane très dure. Cependant il avait déjà 26 ans quand je l'ai opéré.

Quelle formule faut-il donner à l'intervention chirurgicale dans les plaies de tête, à la trépanation ?

La voici à peu près telle que la comportent les conditions actuelles de la chirurgie :

I. Il y a des *accidents primitifs*. — Enfoncement ne donnant lieu à aucune complication. La trépanation est indiquée.

Accidents cérébraux localisés sans plaie ni enfoncements. S'il ne s'agit pas d'accidents éphémères, trépanation.

Plaie de tête où l'enfoncement peut être soupçonné : explorer la plaie, la nettoyer ; faire les contre-ouvertures nécessaires, et trépaner ou relever les fragments sans attendre les complications.

II. *Accidents secondaires*. — Que les accidents soient localisés ou non, la trépanation est indiquée. Elle sera beaucoup moins heureuse que dans les cas précédents, mais ses résultats seront très supérieurs à ceux de l'expectation. C'est ici que se place la question si délicate de l'ouverture des abcès cérébraux, question qui se pose rarement du reste.

Rappelons que Sédillot considérait les accidents épileptiformes

comme indiquant souvent une fracture de la table interne; et de fait ils indiquent non seulement, comme il le pensait, l'irritation des méninges, mais celle de l'écorce cérébrale.

Mais pour la chirurgie du crâne et du cerveau, plus que partout ailleurs, il faut insister sur la nécessité d'une antisepsie sévère; on doit lui appliquer les principes les plus exacts, éviter les pansements retardés qui font négliger la surveillance.

L'intervention doit être large; par ce moyen seulement elle sera utile et l'asepsie de la plaie sera rigoureusement assurée. J'ai indiqué dans mon livre sur la trépanation et dans ma chirurgie antiseptique tous les termes de cette antisepsie opératoire sur laquelle j'insiste.

En ce qui concerne les conclusions relatives aux auteurs, je demande le dépôt aux archives du mémoire de M. Linon, dont j'ai donné un résumé. J'ai reproduit à peu près toute la communication de M. Belime.

Je demande les remerciements de la Société pour ces communications sur un des points qui intéresse le plus la chirurgie.

Extrait des *Bulletins de la Société de Chirurgie*, 1885.

Paris. — Soc. d'imp. PAUL DUPONT, 41, rue Jean-Jacques-Rousseau (Cl.) 166.11.85.


24ColorCard CameraTrax.com
TAINLESS STEEL